- 阿 尔及利 亚民主人民共和 国 -
省份：………….………
基层公共卫生机构：………………….
- 普通 / 特殊健康 证 明-

本人签名医生………………………………..，证明已对下列人员进行体检：姓名：…………………………………… 出生日期和地点：………………….……于…………………………… 申请人身份：申请…………………..职位

体 检未发现以下疾病的任何迹象 ：
• 传染 病
• 癌性 肿 瘤
• 身体 瘫痪
• 严重儿童疾病（如未成年 ）
• 肺部疾病
• 肺 结 核
本证明出具于：…………………… 日期：…………………......... 医生签名和机构盖章

x